

インフルエンザ予防接種料補助金申請書

令和 3 年 11 月 20 日

富士宮市勤労者共済会会長 様

会員番号

1	0	3	9	3	—	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

会員氏名 **富士宮 太郎** 

会員住所 **富士宮市弓沢町150番地**

TEL **0544-28-0737**

事業所名 **株式会社 富士宮**

下記のとおりインフルエンザ予防接種料の補助金を、接種したことを証する領収書^{*1}を添えて申請します。

なお、補助金の受領を_____に委任します。

記

補助申請額 **1,000** 円

1 接種日	令和 3 年 11 月 1 日
2 医療機関の名称	〇〇病院
3 接種料金のうち 本人負担額	4,000 円

病院で支払った金額

*1 医療機関が発行した領収書に「会員氏名・インフルエンザ予防接種」と記載されたものに限ります。

富士宮市勤労者共済会会長 様

年 月 日

上記の金額を領収しました。

(代理)受領者氏名



【共済会処理欄】

交付申請番号 _____

交付支払番号 _____

	受付
書類確認	<input type="checkbox"/>
システム入力	<input type="checkbox"/>
カード記入	<input type="checkbox"/>

決 裁	
会 長	事務局長
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>